

Al Magnifico Rettore
Università degli Studi di Siena

Al Direttore Generale
Azienda Ospedaliera Universitaria
Senese

Al Direttore della Scuola di Specializzazione
In _____

e p.c.

Ufficio Formazione e Post Laurea
Università degli Studi di Siena

Ufficio Remunerazioni e Collaborazioni
Borse e Assegni di Ricerca
Università degli Studi di Siena

La sottoscritta Dott.ssa _____ nata a _____,
il _____, CF _____, iscritta per l'A.A.
_____ al _____ di corso della Scuola di Specializzazione in
_____, avendo terminato in data ____/____/____ il
periodo di sospensione della formazione specialistica chiesto per **malattia** secondo
quanto previsto dalla normativa vigente

CHIEDE ALLA M.V.

Il ripristino della formazione stessa con effetto dal ____/____/____.

Siena _____

In fede
